



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Kine Brennodden og Madeleine Wiik  
Veileder: Marit Berg

# Tvang i demensomsorgen

(Use of force in dementia care)

Antall ord: 9798

Bachelor i sykepleie, kull 121  
4AVS304  
2012

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒ JA

☐ NEI

## MØTE

*Det står så mange underlige blomster, tett i tett*

*langs veiane og stiane du går.*

*Men sjøl om de kan passe i en brokete bukett*

*så er de aller penæst der de står.*

*Og aldri ska du tru den vesle blomsten som du fant*

*og pella i en solrik bakkeskrent*

*Kan settæs ned på samme ste i livets grøftekant*

*og blomstre som om ingenting var hendt.*

*(Margaret Skjelbred)*

## INNHold

|  |    |
|--|----|
| 1. INNLEDNING.....   | 3  |
| 1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – personlig relevans .....      | 3  |
| 1.2 Hensikt og valg av problemstilling.....                        | 4  |
| 1.3 Problemstilling: .....   | 4  |
| 1.4 Begrepsavklaringer.....  | 4  |
| 1.5 Oppgavens avgrensning.....                                     | 4  |
| 1.6 Case .....   | 5  |
| 1.7 Anonymisering .....  | 6  |
| 1.8 Oppgavens oppbygning .....                                     | 6  |
| 2.1 Kildekritikk .....   | 8  |
| 2.2 Kildebruk og litteratursøk.....                                | 9  |
| 3. TEORI.....  | 13 |
| 3.1 Kari Martinsens Omsorgsfilosofi .....                          | 13 |
| 3.2 Tillit og omsorg for de svake.....                             | 13 |
| 3.3 Alzheimer sykdom og symptomer.....                             | 14 |
| 3.4 Tvang og samtykkekompetanse .....                              | 15 |
| 3.5 Det etiske problemet når den demente pasient nekter .....      | 16 |
| 3.6 Autonomi og paternalisme .....                                 | 17 |
| 3.7 Pasient og brukerrettighetsloven § 4a.....                     | 17 |
| 3.8 Tillitsskapende tiltak .....                                   | 18 |
| 3.9 Kommunikasjon og demens .....                                  | 18 |
| 3.10 Reminisens .....  | 20 |
| 4. DRØFTING .....  | 21 |
| 4.1 Etisk problem .....  | 21 |
| 4.2 Autonomi og Paternalisme .....                                 | 23 |
| 4.3 Kunnskapens viktige forutsetninger .....                       | 25 |
| 4.4 Utøvelse av sykepleie ved bruk av tillitsskapende tiltak ..... | 25 |
| 4.5 Kommunikasjon og dens viktige budskap.....                     | 27 |
| 4.6 Reminisens og musikkens verdi .....                            | 28 |
| 4.7 Omsorgens kjerne.....  | 29 |
| 5. KONKLUSJON .....  | 31 |
| LITTERATUR.....  | 33 |
| VEDLEGG.....   | 37 |
| Vedlegg 1 – Individuelt notat, kandidatnummer 91 .....             | 37 |
| Vedlegg 2 – Individuelt notat, kandidatnummer 49 .....             | 37 |

# **1. INNLEDNING**

Som sykepleiestudenter i vårt siste semester ved Høgskolen i Hedmark, skal vi skrive en bacheloroppgave. På grunnlag av dette har vi valgt å ta for oss temaet «Bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom». Vi syntes dette temaet er svært aktuelt, da statistikken viser oss at det forekommer en økt bruk av tvang i norske sykehjem.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse gjennomførte en rekke kartlegginger om akkurat dette i 1999/2000. Deres kartlegginger viste blant annet til at hele 45 % av pasientene i skjermede enheter ble utsatt for minst et tvangstiltak hver eneste uke (Kirkevold, 2005). Dette ser vi på som svært alvorlig, derfor vil oppgaven vår dreie seg om hvordan vi som sykepleiere kan forhindre bruken av tvang.

## **1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven – personlig relevans**

Da vi skulle skrive bacheloroppgaven ga skolen oss tre temaer å velge mellom. Grunnen til at vi valgte temaet «bruk av tvang i sykepleien til pasienter med demens sykdom» er at vi begge har dannet oss erfaringer rundt begrepet tvang. I femte semester var vi begge i praksis innenfor alderspsykiatrien. Vedrørende denne praksisperioden fikk vi på nært hold se at mange av disse pasientene i større eller mindre grad ble utsatt for tvang. Vi fikk begge en følelse i ettertid at tvang ofte var en enkel løsning for personellet å benytte. Vi synes det ble lite kommunikasjon og forberedelse før tiltakene ble igangsatt. Noe som fikk oss til å reflektere. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 4a-3 forteller oss blant annet at alle tillitsskapende tiltak skal ha vært prøvd før en benytter seg av tvang. Det vi erfarte i praksis var at langt fra alle tok hensyn til lovens reguleringer i forholdt til bruk av tvang. Som sykepleiestudenter synes vi derfor dette er et meget spennende og utfordrende tema, nettopp fordi slik vi forstår det handler dette mye om hvordan vi opptrer og bruker vår sykepleierrolle. Det er svært relevant for vår fremtid som sykepleier å forsøke å finne løsninger slik at en kan forhindre bruken av tvang. Dermed falt det oss naturlig å skrive om dette temaet.

## **1.2 Hensikt og valg av problemstilling**

Formålet med denne oppgaven vil være å belyse om en kan forhindre bruken av tvang i demensomsorgen, og om eventuelt tillitsskapende tiltak kan være med på å forhindre bruken av tvang. Som fremtidige sykepleiere er det for oss nyttig og spennende å kunne lære mer om dette temaet. Har vi kunnskaper om dette tror vi det vil være med på å styrke vår profesjonalitet, og ikke minst kvaliteten på den sykepleien vi utøver.

## **1.3 Problemstilling:**

Kan vi som sykepleiere forhindre bruken av tvang til personer med Alzheimer sykdom ved bruk av tillitskapendetiltak?

## **1.4 Begrepsavklaringer**

Tvang: ”en enkel, men ganske treffende måte å definere tvang på i juridisk sammenhenger er tvang fravær av samtykke” (Johansen & Smeby, 2008,s. 210).

Alzheimer: Blir betegnet som den vanligste formen for demens, der den utgjør 60 % av alle demenstilstander. Ved Alzheimer skiller vi mellom sen og tidlig debut (Rokstad, 2008).

Tillitskapende tiltak: ”tillitskapende tiltak vil langt på vei være det samme som en god faglig tilnærming til pasienten og den problematikken vedkommende sliter med”(Johansen & Smeby, 2008,s.220).

## **1.5 Oppgavens avgrensning**

Hva denne oppgaven angår, vil vårt hovedfokus være hvordan vi som sykepleiere kan forhindre bruken av tvang til personer med demens som bor i sykehjem. Vedrørende sykepleierens rolle vil vi fokusere på hvordan vi kan opparbeide oss tillit til pasienter med Alzheimer sykdom. Dette i form av tillitskapende tiltak, der vi personlig anser

kommunikasjon, reminisens, musikk og omsorg som viktige elementer å fremme. Grunnen som foreligger bak det er også fordi vi begge har sett betydningen av disse tiltakene i praksis.

I henhold til sykepleieteoretiker har vi valgt å benytte oss av Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Her velger vi å ta tak i deler av hennes teorier som omhandler omsorg, tillit og synet på de svake. Da vi syns dette passer oppunder oppgaven vår, samt fordi det vil hjelpe oss til å kunne besvare problemstillingen. Det finnes også mange typer former for demens. Av dette velger vi kun å skrive om Alzheimer. Her ønsker vi kun å skrive generelt hva det er. Dette samt symptomene som kan foreligge. Vi går ikke inn på risikofaktorer eller behandlingsformer tilknyttet sykdommen. Vi vil også belyse en selvlaget case som er basert på egne erfaringer. Denne selvkomponerte casen vil vi drøfte gjennomgående i drøftingsdelen. Det er ut ifra casen vi vil avgrense oppgaven. Derfor vil den teorien som vi innhenter oss gjenspeile de tiltak som vi syns er viktig å fremme vedrørende Johannes situasjon. Innenfor etikken finnes det også fire etiske prinsipper. Vi ser på disse prinsippene som likeverdige, men vi velger å avgrense det til autonomi. Da vi selv har sett og erfart at pasienter med demens ofte står i en sårbar posisjon med tanke på deres egen selvbestemmelsesrett. Det finnes også tre ulike kommunikasjonsteknikker innenfor demens. Vi velger kun å forholde oss til reminisens..

## **1.6 Case**

Johanne Olsen er 83 år gammel. For fem år siden fikk hun diagnosen Alzheimer sykdom. Før hun fikk sykdommen var hun en utadvent og engasjert dame med mange jern i ilden. Hun var glad i sang og musikk. Ellers likte hun svært godt å pynte seg og var opptatt av å se ren og velstelt ut. Ettersom sykdommen sakte men sikkert utviklet seg ble hun for fire år siden innlagt på lukket avdeling ved Røsslyngen sykehjem. Denne sykdommen har påvirket henne i den grad der hun har blitt mer innadvendt, utagerne og redd for mennesker. Hun har også mistet sin samtykkekompetanse relatert til personlig hygiene, da hun ikke lengre evner å ivareta den.

En morgen kommer en sykepleier og en ufaglært assistent inn på rommet til Johanne. Det lukter stramt på rommet hennes og Johanne har avføring på seg. Sykepleieren er stresset

på grunn av mange arbeidsoppgaver og assistenten er usikker og ny. Sykepleieren forteller Johanne at hun må dusje. I det dette blir fortalt begynner Johanne å skrike. Johanne roper ut ord som ”la meg være” og ”jeg vil ikke dusje”. Sykepleieren forteller assistenten at de må ta med seg Johanne inn på badet. I det de omsider har fått plassert henne på dusjstolen får assistenten beskjed om å holde fast hendene til Johanne, mens sykepleieren såper henne inn. Dette blir et basketak uten like. Johanne hyler og vifter med armene. Etterpå er pleierne fornøyde med at de fikk dusjet Johanne, men selv er hun sliten, innesluttet og trist. Hver dag stilles sykepleierne og de ansatte ovenfor lignende vanskelige situasjoner vedrørende Johanne og stell. Siden hun sjeldent vil stå opp eller stelle seg. Dette gjør det vanskelig for de ansatte på stedet. For ut ifra deres ståsted ser de at hun trenger å få vasket og stelt seg.

## **1.7 Anonymisering**

I oppgaven vil vi anvende egne erfaringer fra praksis, samt en selvkomponert case. På grunnlag av dette vil vi derfor presisere at personene er fiktive. Det vil derfor ikke være nødvendig å anonymisere data. Under oppgaveskrivingen har vi også vært bevisst på å henvise der vi har benyttet andres kunnskap. Dette av den hensikt slik at den opprinnelige forfatteren skal kunne få kredit for det som han eller hun har skrevet.

## **1.8 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven vår er bygd opp av en innledning, metodedel, teoriedel, drøftningsdel og en konklusjon. Metodedelen vår vil inneholde en kort gjennomgang av kildekritikk og litteratur som vi har innhentet oss under utarbeidelsen av oppgaven. I henhold til dette vil vi også beskrive fremgangsmåten på hvordan vi gikk frem for å søke etter forskningslitteratur. I teoridelen vil vi innhente oss den kunnskapen som vi syns er viktig tilknyttet til vårt tema, som vi mener bør ligge til grunn for å besvare problemstillingen. I drøftingsdelen vil vi drøfte teorien som vi har tatt opp igjennom oppgaven. Vi vil også komme med egne erfaringer som vi har tilegnet oss under sykepleieutdanningen. Deretter vil vi ta med en konklusjon der vi samler tråder, oppsummerer og viser til de svarene vi

har kommet frem til. . I henhold til skolens reglement vil oppgaven våres følge APA-standard, den vil også inneholde en litteraturliste. Avslutningsvis vil det etterfølge et vedlegg hvor hvert vårt individuelle notat om perioden blir presentert.



## **2. METODE**

Tranøy definerer ”metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Dalland, 2007,s.81). I henhold til skolens reglement vil vi benytte litteraturstudie som metode for å kunne besvare problemstillingen vår. Ved en litteraturstudie skal spørsmål kunne la seg besvares. Dette gjøres når forskeren søker etter forskningsartikkel og kritisk vurderer dette (Dalland, 2007).

### **2.1 Kildekritikk**

Kildekritikk betyr at vi skal kunne vurdere og kunne karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland, 2007). Når en skal skrive oppgaver er det viktig at en er kritisk ovenfor de kildene en benytter seg av.

Under utarbeidelsen av denne oppgaven, har vi tilegnet oss kunnskaper igjennom pensumbøkene våre og annen selvvalgt litteratur. Vi har både brukt primærlitteratur og noe sekundærlitteratur. Dalland (2007) forteller at primærlitteraturen er der forfatteren selv har skrevet ned litteraturen, mens ved sekunderlitteratur er litteraturen blitt fortolket av andre forfattere enn forfatteren selv. På bakgrunn av dette ser vi derfor på primærlitteraturen som en sterkere kilde, enn selve sekundærlitteraturen. I henhold til dette er det derfor mer ønskelig for oss å innhente kilder som er primære. Til tross for det vil vi allikevel understreke at vi ofte har fått erfare at det kan være vanskelig å finne. Vi har derfor sett på sekundære kilder som et godt andre valg. Da også deler av våre pensumbøker refererer til sekundærskilder. I henhold til primærlitteratur har vi blant annet benyttet oss av boken ” Samtalen, skjønnets og evidensen” som hovedlitteratur for å beskrive sykepleieteoretikeren Kari Martinsens omsorgsfilosofi. I tillegg til dette har vi også valgt å benytte sekundære kilder som for eksempel kan relateres til pensumboken grunnleggende sykepleie bind 4, der Kristoffersen(2008) refererer til Kari Martinsen. Siden denne boka er av pensumlitteratur har vi også valgt å se på denne litteraturen som relevant.

En litteraturstudie kan ha en kvantitativ og en kvalitativ tilnærming (Dalland, 2007). Den kvantitative metoden tar sikte på å forme den informasjonen som er innhentet til målbare enheter. Dette skal bidra til å kunne gi oss muligheter til å kunne foreta regneoperasjoner. Han forklarer videre at dette kan relateres til det å kunne finne prosenter og gjennomsnitt av større mengder. De kvalitative metodene tar dermed mer sikte på å fange opp meninger og opplevelser. Disse metodene går derfor mer inn i dybden i forhold til de kvantitative metodene. Både de kvalitative og kvantitative metodene har også noen like fellestrekk. Disse fellestrekene innebærer at de begge ønsker å kunne få en bedre forståelse av samfunnet som den er i dag, og hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesker samhandler og handler i forhold til hverandre (Dalland, 2007).

Vi har anvendt boken ”Å arbeide og undervise kunnskapsbasert” som hjelpemiddel til å kritisk vurdere artiklene. Når det gjelder forskning og fagartikler vi har forholdt oss til i oppgaven har vi vært opptatt av at disse skulle være av nyere dato. Kriteriene vi foresatt oss var at de ikke skulle være eldre enn 5 - 6 år. Avgjørelsen for det var at vi føler oss tryggere vedrørende nyere forskning. I henhold til fag og forskningsartikler har vi også valgt å bruke både engelske, svenske og norske artikler. Vi føler oss trygge på det med tanke på at vi lever i et henholdsvis likt globalisert samfunn. Vedrørende de engelske artiklene har vi også brukt ordbok på nett for å kvalitetssikre egen oversettelse, slik at vi er sikre på at vi har forstått innholdet i artiklene.

Vi har sendt en mail til demenskoordinatoren i Hamar kommune om hun hadde tips til relevant forskning til oppgaven vår. Hun svarte oss at vi hadde valgt et spennende tema, men at det dessverre forelå lite forskning angående tillitskapende tiltak. Noe vi strak la merke til når vi begynte søket etter aktuell forskning og litteratur. Derfor har ingen av våre forskningsartikler direkte tatt for seg bruken av tillitskapende tiltak til personer med demens. Allikevel synes vi at disse forskningsartiklene underbygger det vi selv anser som tillitsskapende tiltak.

## **2.2 Kildebruk og litteratursøk**

Faglitteraturen vi har brukt i oppgaven vår er av pensumlitteratur. I tillegg til pensumbøkene har vi lånt bøker fra biblioteket. Hva tilleggslitteraturen angår har vi valgt og benyttet oss av bøkene: Samtalen, skjønnets og evidensen (Martinsen, 2005), Personer

med demens- møte og samhandling (Sejerøe- Szatkowski, 2004), Jeg vil ikke bli behandlet som en unge (Rokstad, 2006) og Personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008). I tillegg til dette har vi også benyttet oss av offentlige dokumenter som blant annet kan refereres til rundskrivet IS- 10/ 2008 til Helsedirektoratet (2008).

Vedrørende søk etter forsknings og fagartikler brukte vi høgskolens databaser som søkemotor. De databasene som vi brukte var: Cinahl, PubMed, sykepleien og SweMed+. For å finne MeSh-termer ord brukte vi SweMed+ . Dette hjalp oss til å finne engelske søkeord. De norske søkeordene vi brukte var: tvang, tillit, samtykkekompetanse, kommunikasjon, autonomi, Alzheimer, demens, nonverbal kommunikasjon, reminisens og sykepleie, samt det svenske ordet tvång. Disse ordene ga oss følgende MeSh-termer ord: nurses, coercion , restraint physical , trust, interpersonals relations, treatment refusal, narration, patients rights, decision making, alzheimer disease, dementia, nonverbal communication og reminiscence. Når vi skulle velge oss ut artikler ut ifra de ulike databasene valgte vi å lese på de overskrifter som vi syntes passet til vårt tema. Deretter begynte vi å lese artiklenes sammendrag.

Funn av artikler med søkeord:

-“Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care” (Hammar, Emami, Engström and Götell, 2010). Denne forskningsartikkelen underbygger at musikk kan forhindre utagerende atferd hos mennesker med alvorlig grad av demens. Dette blir eksemplifisert i henhold til stellesituasjoner. For å finne denne forskningsartikkelen benyttet vi oss av søkeordene: caregivers, communication and dementia. Av dette fikk vi opp 41 treff. Dette er en kvalitativ studie som er gjort i Sverige noe vi ser som overførbart til egen praksis. Studien inkluderte kun to sykehjem, dette ser vi på som litt tynt, allikevel velger vi å ta med forskningen da den er med på å underbygge musikken som tillitsskapende tiltak og hjelper oss å besvare problemstillingen.

- « The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single – blind randomised controlled trial» (Testad, Aasland and Aarsland,2005). Denne forskningsartikkelen underbygger at demente pasienter er utsatt for bruk av tvang. Da dette syntes å være utbredt og akseptert som unngåelig. Studien underbygger også at kunnskap kan være et svært godt tiltak for å redusere bruken av tvang. For å finne denne

forskningsartikkelen benyttet vi oss av disse søkerordene: restraint and dementia. Av dette fikk vi opp 78 treff. Dette er en kvantitativ studie som er utført i Norge, noe vi ser på som positivt. Selv om antallet pasienter i studien var få og utfallet er basert på intervju med sykepleiere i intervensjonene og ikke pasienten selv, kan vi se det som svakheter. Vi syntes det var en god studie der metode og resultater kommer godt frem derfor ville vi gjerne ha den med da har et godt fokus på alternativer som kan forhindre tvang noe oppgaven vår har fokus på.

- «A study into the use of restraint in nursing homes in Norway»( Kirkevold & Engedal,2004). For å finne denne forskningsartikkelen benyttet vi oss av disse søkeordene: restraint, nursing homes and dementia. Av dette fikk vi opp 25 treff. Denne forskningsartikkelen går nærmere inn på årsaksforhold tilknyttet til bruken av tvang, samt at de prøver å forklare hvorfor bruken av tvang skjer. Dette er en kvalitativ studie utført i Norge. Den har et stort fokus på hvorfor tvangen oppstår fremfor hvordan en kan forhindre bruken av tvang, men vi mener at hvis man skal forhindre denne bruken må man vite noe om årsakene til hvorfor en i utgangspunktet velger å bruke tvang. Vi vil også rose studien for å ha inkludert hele 160 sykehjem.

- “Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer’s disease and their formal and informal caregivers: A systematic review” (Egan, Berube, Racine, Leonard and Rochon, 2010). Denne forskningsartikkelen tar for seg effektiviteten av metoder for å forbedre kommunikasjon mellom mennesker med Alzheimer og deres omsorgspersoner. For å finne frem til denne forskningsartikkelen benyttet vi oss av disse søkeordene: ”Verbal communication” and ”Alzheimer”s Disease”. Her fikk vi opp 50 treff. Dette er en kvalitativ studie utført i Canada. Vi velger å ta med artikkelen fordi den tar opp kommunikasjonens viktige betydning i møte med mennesker med Alzheimer sykdom, skal vi stille oss kritisk til den vil vi påpeke at de også har inkludert pasienter som hadde generell eller ”mulig demens” noe vi ser på som svakt.

I tillegg til disse forskningsartiklene har vi også valgt å benytte tre fagartikler. To av disse fant vi gjennom søkemotoren Cinahl, og disse heter ”Effective communication with people who have dementia” (McGhee, 2011) ,”Achieving care and social justice for people with dementia” (Barnes & Brannelly, 2008). Den tredje fagartikkelen fant vi

gjennom hjemmesiden til norsk sykepleier forbund. Her fikk vi fram et tidsskrift som heter "Geriatrisk sykepleie" som presenterer temaet bruken av tvang/brukermedvirkning. I gjennom dette tidsskriftet fant vi fram fagartikkelen: "Innføring av pasientrettighetsloven kapittel 4a om bruk av tvang"(Smebye & Haugan, 2010).

### **3. TEORI**

I denne delen av oppgaven skal vi innhente oss kunnskaper som er nødvendig for å kunne besvare problemstillingen vår. Her vil vi gjøre rede for Kari Martinsens omsorgsfilosofi og hennes syn på de svake , samt tillit. Videre vil det etterfølge teori om Alzheimer sykdom og dens symptomer, autonomi, paternalisme, det etiske problemet når den demente pasient nekter, tvang, samtykkekompetanse, pasient og brukerrettighetsloven § 4A, tillit og tillitsskapende tiltak, kommunikasjon og reminisens.

#### **3.1 Kari Martinsens Omsorgsfilosofi**

Vi har valgt å forholde oss til Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Vi ser hennes syn på omsorg som en viktig medhjelper for å kunne besvare problemstillingen vår.

Sykepleiefilosofien hennes tar primært opp de grunnleggende spørsmål som er knyttet til menneskenes livsvilkår og natur, der hun viser til en refleksjon av hva omsorg er og bør omhandle i praksis, samt hvordan vi som sykepleiere skal kunne i møtekomme pasientene våre på en verdig og god måte.

Martinsen (2005) forklarer omsorgen som et grunnleggende fenomen. ”Omsorg har å gjøre med relasjoner og moral, og den ytrer seg i praktisk handling”( Martinsen, 2005, s.146). Hun forklarer at moral og gode sykepleieholdninger må læres. Hun forteller videre at det er viktig å kunne engasjere seg ut ifra pasientenes situasjon. Selve omsorgen skal komme til syne uti fra hvordan vi som sykepleiere imøtekommer våre pasienter. Her avhenger det av hvordan vi forhandler med de vi skal hjelpe. Omsorgen vi utøver vil altså utgjøre en sosial relasjon, den vil derfor handle om solidaritet og fellesskap (Kristoffersen, 2008).

#### **3.2 Tillit og omsorg for de svake**

Martinsen(2005) utdyper at tillit er viktig i henhold til sykepleierens omsorg. Tilliten er fundamental og den skal ikke begrunnes. ”Å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg fram for å bli imøtekommet”( Martinsen, 2005,s 143). Tilliten til oss mennesker er elementær i

enhver samtale. Dette samt hvilke holdninger vi har til den andre part. Det er i selve samtalen man utleverer seg som menneske. ”Med vår holdning til hverandre – gjennom blikk, stemme, hender – er vi med på å gi hverandre liv dets tone”( Martinsen, 2005,s 143).

Martinsen(2005) forklarer videre at vi som sykepleiere skal kunne ønske å inngå relasjoner med våre pasienter, i den hensikt for å gange den enkelte pasient og forhindre at hun skader seg. Hvis interessen vi viser som sykepleiere virker uekte kan mistillit forekomme. Derfor forklarer hun det som viktig at vi kan vise til at interessen er verdig, slik at de kan tørre å åpne seg opp for oss. Det er igjennom sykepleierens holdning at en kan gjøre dens andre livs truende eller trygt. Helsepersonell har derfor et krav som innebærer å ta vare på det liv som legges i våre hender. Skal dette tillitsbaserte forholdet forbli mellom sykepleier og pasient må dette innebære at sykepleieren har kunnskaper, samt at det kan eksistere en form for svak form paternalisme. Å handle ut i fra svak paternalisme vil kreve at sykepleieren har foretatt en faglig vurdering av hva som er til det beste for pasienten. I tillegg til dette forklarer Martinsen(2005) at man som sykepleier alltid skal kunne handle ut ifra de tiltak som er til det beste for pasienten. For at dette skal skje klarer hun at dette forutsetter at sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon.

Martinsen er også spesielt opptatt av de svake pasientgruppene, spesielt de som trenger kontinuerlig omsorg og pleie (Kristoffersen, 2008). Videre forklarer hun at vi som helsepersonell har en plikt til å ivareta de pasientene som ikke evner å ivareta seg selv. Hun er opptatt av at den sykepleien som ytes skal kunne gå etter pasientenes premisser, så samt det er forsvarlig. Hun er i mot overtramp og maktovergrep (Kristoffersen, 2008).

### **3.3 Alzheimer sykdom og symptomer**

Sykdommer som kan medføre demens, blir ofte inndelt i tre hovedgrupper. Disse blir omtalt som de generative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekunder demens. Innunder de generative hjernesykdommene finner vi Alzheimer sykdom (Snoek & Engedal, 2000). Ved Alzheimer sykdom forårsakes det karakteristiske anatomiske endringer i hjernen. Dette i form av atrofi i kortikale og til dels subkortikale områder av storehjernen, forårsaket av celledød (Rokstad, 2008). Når disse cellene dør vil dette

medføre at hjernen skrumper (Snoek & Engedal, 2000). Videre vil det forekomme skader i basalhjernen og i hjernestammen, som vil ramme at de grå kjerneområdene som produserer de viktige signalsubstansene som er nødvendige for hjernens impulsoverføring (Snoek & Engedal, 2000).

Vedrørende symptomene ved en demenssykdom kan det foreligge kognitive, atferdsmessige/psykiske og motoriske symptomer (Snoek & Engedal, 2000). Ved de kognitive symptomene kan en person med Alzheimer blant annet få symptomer i form av sviktende hukommelse, språkvansker, apraksi, svekket forståelse og oppmerksomhet. I henhold til de atferdsmessige og psykiske symptomene kan det forekomme angst, endret personlighet, aggressivitet, depresjon og tilbaketrekking (Snoek & Engedal, 2000). Det er viktig å understreke at det ofte kan foreligge store individuelle forskjeller. Dette i forhold til hvilken type sykdom som forårsaker demenssykdommen, samt hvilken fase av sykdomsutviklingen personen som er rammet befinner seg i (Rokstad, 2008).

### **3.4 Tvang og samtykkekompetanse**

Johnsen & Smebye (2008) forklarer definisjonen på tvang som fravær av samtykke. De viser til at det i de senere år har kommet en rekke undersøkelser som underbygger at det foregår en ikke ubetydelig ulovhemlet bruk av tvang ovenfor pasienter med demenssykdom. Noe som skaper mange vanskeligheter både i forhold til de ansatte og pasientene. Johnsen & Smebye (2008) påpeker videre at de ser ut til at tvangen i sykehjem anvendes hyppigere enn det som er forsvarlig. Bruken av tvang bør alltid sees på som en nødløsning. Den skal kun brukes når andre tilnærminger ikke er oppnåelig (Fjørtoft, 2006).

I utgangspunktet har alle mennesker samtykkekompetanse. I Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 4a – 3 av 2. juli står det at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. For å kunne yte nødvendig helsehjelp mot Johannes egen vilje, må vi som helsepersonell være helt sikre på at pasienten ikke har samtykkekompetanse. I følge rundskrivet IS-10/ 2008 relatert til nytt lovverk beskrives



det fire ulike vurderings momenter man kan bruke for å vurdere om en pasient har samtykkekompetanse. Disse blir beskrevet som den evnen en har som menneske til å uttrykke valg, det å kunne forstå informasjon som videre blir relevant for å ta en beslutning. Man må også kunne ha evne til å anerkjenne dette, samt de eventuelle konsekvensene som kan forkomme på grunnlag av eventuell behandling. Avslutningsvis må pasienten kunne resonnerer og avveie ulike alternativer for behandling (Helsedirektoratet, 2008).

### **3.5 Det etiske problemet når den demente pasient nekter**

Etikk blir betraktet som den lære som forteller oss hva som er rett og galt. ”Etiske dilemmaer utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskende konsekvenser”( Brinchmann, 2010,s.43). Slik kan man forenklet si at det ikke foreligger noen fullgod løsning. Det vil altså bli et valg mellom to onder. Vedrørende det etiske dilemmaet setter man altså etiske prinsipper opp imot hverandre, der disse kan røkke ved de verdiene som man har som menneske.

Det er ofte et kjent problem at pasienter med demens motsetter seg og protesterer når noen kommer for å hjelpe, dette kan for eksempel relateres til stellesituasjoner. Fjørtoft (2006) forteller at samarbeidet med den demente pasient ofte kan være vanskelig, da den hjelpen man skal gi fort kan oppleves truende for pasienten. Klarer vi ikke å håndtere disse vanskelige situasjonene understreker Fjørtoft (2006) at vi som helsepersonell ofte kan komme i situasjoner som heller vil bære preg av tvang, kamp og utagerende atferd. Hun mener at det er svært nødvendig at vi som helsepersonell kan vise til empati og forståelse. Fjørtoft (2006) henviser også til Kirkevold (2004) der det fortelles at utagerne atferd hos pasienter med demens ofte kan forekomme ved at de føler seg utrygge og redde. Grunnlag som kan tilsi dette er at de ikke forstår samhandlingen med det som skjer. I følge rundskrivet IS- 10/ 2008 Helsedirektoratet (2008) står det også beskrevet at man som helsepersonell kan gi nødvendig helsehjelp til pasienter som viser motstand, men for at dette skal kunne skje må tillitskapende tiltak ha vært utprøvd. Da dette kan sees på som en form for tillitskapende tiltak. I Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 står det at vi som helsepersonell skal kunne yte nødvendig pleie til våre pasienter.

Pleien som utøves skal innebære en helsebevarende effekt, for å kunne forhindre skade hos vedkommende.

### **3.6 Autonomi og paternalisme**

”Autonomi kommer av gresk og består av to ord: auto som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring, regulering. Autonomi blir derfor betegnet som selvregulering eller selvstyring” (Slettebø, 2009,s.88). Som sykepleiere har vi en oppgave og plikt til å gjøre det beste for pasientene, men Slettebø (2010) forteller oss at dette kan komme i konflikt vedrørende pasientenes autonomi. Dette kan eksemplifiseres der pasienten ikke evner å ivareta personlige hygiene, noe som kan medføre til skade for pasienten. Som vi ser kan derfor autonomien/ selvbestemmelsen til den enkelte falle bort i visse situasjoner.

Rokstad (2006) forteller at det er til styrke hvis avgjørelsen man foretar seg er i tråd med pasientens tidligere livsverdier og normer. Allikevel forklarer Rokstad (2006) at autonomien til personer med demens bør ivaretas og tilpasses.

Selve begrepet Paternalisme betyr far (Slettebø, 2009). Bruken av paternalisme handler om at man tar avgjørelser på pasientens vegne. Dette for å kunne forhindre helseskade. Brinchmann (2010) forteller at hovedregelen ved paternalisme er at det helst bør unngås. Om det skal benyttes skal det i sådan kun brukes ved nød. Det vil si at det må foreligge en åpenbar god grunn, der pasienten selv er ute av stand til å kunne vurdere hva som er til hans beste. Helsepersonell burde derfor være mer oppmerksomme på forhold som tilsvarende sårbarhet, autonomi og integritet. Selv om vi som helsepersonell i mange tilfeller vet bedre hva som er til pasientens beste, bør målet forbli å unngå krenkelse av pasienten (Brinchmann, 2010).

### **3.7 Pasient og brukerrettighetsloven § 4a**

Den 1.januar 2009 kom det en ny lovtekst i kapittel 4a i Pasient og brukerrettighetsloven. I henhold til pasient og brukerrettighetsloven § 4a-1 har denne bestemmelsen som formål at vi som helsepersonell skal kunne sikre somatisk helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse, og de som motsetter seg helsehjelp. Hensikten med denne loven er

at vi som helsepersonell skal kunne forebygge og begrense bruken av tvang. I Pasient og brukerrettighetsloven § 4a-3 står det også at tillitsskapende tiltak skal benyttes før man bruker tvang, samt at tvang skal være siste mulige utvei.

### **3.8 Tillitsskapende tiltak**

Johnsen & Smebye (2008) forklarer at tillitsskapende tiltak langt vei vil bli betegnet som det samme som en god faglig tilnærming til pasienten. Innenfor de faglige og etiske rammer som er satt forklarer Johnsen & Smebye (2008) at vi som helsepersonell har en plikt til å forsøke å skape en allianse med pasientene våre. Da de mener dette kan være viktige faktorer for å unngå at pasienten motsetter seg den forsvarlige helsehjelpen på et irrasjonelt grunnlag. Helsedirektoratet (2008) sier også følgende at vi som helsepersonell må kunne legge forholdene til rette for å kunne skape gode allianser til pasientene. Dette innebærer trygge omgivelser, der også individuelle hensyn må bli ivaretatt. Johansen & Smebye (2008) forklarer at kunnskap og kompetanse i demensomsorgen hos helsepersonell kan være medvirkende faktorer til å redusere bruken av tvang. De hevder at med økt kunnskap og forståelse får man en større ”verktøykasse” i møte med demente pasienter i vanskelige situasjoner. Bruker man makten på en forsvarlig måte viser Fjørtoft (2006) til at også dette kan skape en form for tillit. Hun understreker at det tar lang tid å bygge opp tillit, men at det er fort gjort å bryte den ned. Vi må derfor vise til at tillitten er verdig. Johanne skal kunne stole på at vi utleverer god omsorg og pleie. Det er viktig at hun skal slippe å være redd for å bli overstyrt eller krenket.

### **3.9 Kommunikasjon og demens**

”Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles”(Eide & Eide, 2007). Alle mennesker opplever verden på sin egen måte, når vi er sammen med andre sender vi ut et budskap til den andre part. I gjennom denne dialogen har alle et ansvar. Et ansvar som innebærer at den andre part forstår det budskapet en ønsker å fremme (Sejerøre- Szatkowski, 2004). Videre forteller hun at det å kunne vise til empati har en avgjørende betydning for at samtalen skal lykkes. For når en person først har fått en Alzheimer sykdom vil den progrediere, det vil si at personen som er rammet

vil bli dårligere med tiden. Her vil derfor kommunikasjonsevnen til pasienten bli betydelig redusert. Derfor forklarer Sejerøre- Szatkowski(2004) at kroppsspråket en viser vil bli betydelig viktigere i en slik type dialog. Hun mener vi må være mer observant og bevisst på eget nonverbalt kroppsspråk og mimikk.

I følge Wogn-Henriksen (2008) er det å kunne kommunisere med andre et viktig behov som ligger i oss alle. Behovet blir tvert i mot mindre under utviklingen av Alzheimer sykdom, selv til tross for at språket som redskap ikke forblir like effektivt og presist. Stell kan ofte være en utløsende faktor for utagering og uro. Det er derfor spesielt viktig å forberede pasienten på det stedet som skal utføres, både hvorfor det skjer og hvordan det skal skje. Wogn-Henriksen (2008) mener dette er et viktig tiltak å fremme i møte med pasienter med Alzheimer. I enkelte situasjoner hevder hun at tvang faktisk kunne vært unngått dersom vi hadde vært flinkere på alliansebygging og informativ kommunikasjon. ”Både konkrete ordvalg, tempo, timing, emosjonelt klima, tonefølge og dialekt kan være viktig” (Wogn-Henriksen, 2008,s.101). Videre forklarer hun at språk er makt, og at vi må være bevisste på hvordan vi bruker det ovenfor den andre part. Slik at det på ingen måte virker undertrykkende. I samhandling med pasienter med Alzheimer bør øyekontakt, det å snakke tydelig og å gi pasienten god tid til å uttrykke seg være vesentlig for å kunne skape kontakt og for å formidle ønsket budskap (Wogn-Henriksen, 2008).

”Unødig bruk av makt og fysisk tvang skaper engstelse, utrygghet og bryter ned tillit. Det viser seg også at makt og tvang kan bidra til å øke tendensen til voldelig og aggressiv adferd hos pasienter med reduserte kognitive evner” (Eide & Eide, 2007,s.387). Dette kan bidra til at man kan komme inn i en ond sirkel som kan medføre at bruken av makt øker. Egenskaper som tålmodighet, varme, forståelse og innlevelse er viktige å ivareta for en vellykket relasjon. Det kan også hjelpe partene gjennom en vanskelig situasjon, dersom vi som sykepleiere er flinke til å ta pauser hvis noe blir vanskelig. Siden kan man tålmodig og rolig fortsette. Da blir handlingen fullført i en god atmosfære som vil gi pasienten en bedre følelse (Eide & Eide, 2007).

Rokstad (2008) forklarer at det å være seg bevist på pasienten psykiske behov er vel så viktig som de fysiske behov. ”Å gi trøst er å sørge for varme og styrke som kan sette en person i stand til å holde på helheten når den er truet ” (Rokstad, 2008,s 75). Det er viktig å være klar over at pasienten ikke skal bli usynliggjort. Derfor skal Johanne anerkjennes

som komponent rundt sin egen situasjon. En relasjon basert på samarbeid er derfor viktige tiltak å fremme i møte med Johanne (Rokstad, 2008).

### **3.10 Reminisens**

”Reminisens betyr å huske og minnes, å vekke gjenklang. Det som skal til for å vekke denne gjenklangen, kan være lukt, en lyd, noe man smaker, noe man ser eller føler” (Sejerøe-Szatkowski, 2004,s.53). En person som er rammet av Alzheimer sykdom vil huske fortiden bedre enn nåtiden. Reminisens vil derfor være et godt verktøy å benytte, da dette bidrar til å fremme gjenkjennbare stimuli. Mange med demenssykdom befinner seg i et indre kaos, som er ofte er preget av at de ikke vet verken hvor de skal eller hvor de kommer fra. Når vi benytter reminisens som redskap igjennom kommunikasjon, vil dette derfor være med på å fremme trygghet og sikkerhet. Dette ved at de hjelpes til å huske sin egen bakgrunnshistorie (Sejerøe-Szatkowski, 2004). ”Minnet kan være med på å gjøre at den gamle kan holde fast i sin egen følelse av verdi og verdighet og styrke sin identitet”( Eide & Eide, 2007,s 393). Musikk er et godt eksempel på reminisens. Musikk kan bety mye for mange, det kan være en trigger for stemninger og minner. Eide & Eide (2007) forteller at musikk kan skape klare øyeblikk og frembringe en kommunikatív tilstedeværelse som kanskje kan har vært forsvunnet for godt.

## **4. DRØFTING**

I denne delen av oppgaven skal vi samle opp vår kunnskap fra teorien, benytte de utvalgte forsknings- og fagartikler, samt synliggjøre casen om Johanne. Vi vil også vise til våre egne erfaringer som vi har gjort oss under sykepleierutdanningen, slik at vi på denne måten får synliggjort sykepleiens funksjon. Problemstillingen vi satte oss er som følgende:

Kan vi som sykepleiere forhindre bruken av tvang til personer med Alzheimer sykdom ved bruk av tillitskapende tiltak?

### **4.1 Etisk problem**

For at vi skal kunne tilrettelegge en god sykepleie for Johanne er det viktig at vi som sykepleiere har kunnskaper om hennes diagnose. Rokstad (2006) understreker at det vil kunne foreligge store individuelle forskjeller hos en pasient som er rammet av demens. Derfor forstår vi det slik at det er viktig å bli kjent med Johanne som person. Vi må kunne innhente oss kunnskaper og informasjon om hvordan hun var før sykdommen inntraff, samt hvordan hennes Alzheimer påvirker henne i hverdagen. Ut ifra de opplysningene som blir gitt i casen var Johanne en utadvendt og engasjert dame, og hun var spesielt glad i sang og musikk. Slik situasjonen er i dag er hun preget av en utagerende atferd relatert til stellesituasjoner.

Snoek & Engedal (2000) forteller oss at det er svært vanlig at mennesker med Alzheimer sykdom kan få atferdsmessige og psykiske symptomer, noe vi ser kan relateres til Johanne. Ved Alzheimer vil det også kunne foreligge kognitive symptomer, som for eksempel kan eksemplifiseres i svekket forståelse, språkvansker, hukommelse og læringsevne. Vi har selv erfart i praksis at summen av dette kan utløse etiske dilemmaer og vanskelige situasjoner. Det etiske dilemmaet i dette tilfellet forekommer når sykepleieren og assistenten kommer inn på rommet til Johanne. Her får de se at Johanne har avføring på seg. Ut ifra deres øyne kan de se at Johanne trenger å vaske seg, noe hun selv ikke ønsker og ser. Hva gjør en? Hva er rett og hva er galt? Dette kan være vanskelig å avgjøre, da det ved et etisk problem kan oppstå konflikt mellom det sykepleieren ser

som nødvendig for å få dekket Johannes grunnleggende behov og det Johanne selv opplever som nødvendig. Et etisk problem kan derfor røkke ved de verdier en har som menneske, der det ikke finnes noen fullgod løsning (Brinchmann, 2010). Selv om sykepleier vet at det er viktig å ivareta de grunnleggende behov tilknyttet hygiene i dette tilfellet, er det ikke dermed sagt at Johanne ser dette som like viktig.

I utgangspunktet har alle mennesker samtykkekompetanse. I lov om pasient og brukerrettigheter (1999) § 4A- 3 led av 2. juli står det at en person kan miste sin samtykkekompetanse helt eller delvis. En av grunnene som kan medføre til tap av samtykkekompetanse kan relateres til demens, der vedkommende ikke lenger er i stand til å kunne vurdere hva samtykkekompetanse innebærer. Som vi forstår det kan dette derfor relateres til Johannes Alzheimer sykdom. Ifølge rundskrivet IS- 10/2008 relatert til nytt lovverk beskrives det også fire vurderingsmomenter som hjelp til å kunne avgjøre om en person har samtykkekompetanse. Disse blir omtalt som evnen til å kunne uttrykke valg, forstå informasjon som videre blir relevant for å kunne ta en beslutning, kunne anerkjenne konsekvensene av en beslutning og kunne avveie og resonnere ulike alternativer for behandling (Helsedirektoratet, 2008). Siden Johanne ikke har samtykkekompetanse relatert til personlig hygiene kan vi derfor forstå det slik at hun ikke oppfyller de kriterier som må til for å kunne beholde denne.

Johnsen & Smebye (2008) definerer tvang som fravær av samtykke. De forteller videre at demente pasienter i sykehjem ofte blir utsatt for tvang. I følge Testad, Aasland & Aarsland (2005) kommer dette også frem i en nasjonal undersøkelse som ble utført i Norge i 2003. Undersøkelsen viste at hele 67 % av sykehjemsbeboerne ble utsatt for en form for tvang. I følge Fjørtoft(2006) bør bruken av tvang kun sees på som et nødløsning. I forhold til Johanne kan vi tydelig se at hun ble utsatt for tvang. Fordi sykepleieren tvang henne til å dusje, dro henne med seg inn på badet uten hennes samtykke, samt at hendene hennes ble holdt fast.

I følge artikkelen til Kirkevold & Engedal(2004) kom det frem at bruken av tvang som oftest ble brukt for å beskytte pasientene. Andre grunner til bruken av tvang ble forklart som å kunne sikre at pasientene fikk nødvendig omsorg og behandling. Dette ser vi på som svært urovekkende, da det i deres artikkel også kom frem at bruken av tvang medførte mer skade enn beskyttelse for pasientene. Vi forstår det derfor slik at tvangen

som sykepleieren og assistenten utøvde mot Johanne, kunne ha bidratt til mer skade framfor beskyttelse i henhold til denne stellsituasjonen.

I møte med Johanne er det også viktig at sykepleieren kan vurdere om Johanne viser motstand (Helsedirektoratet, 2008). Selv om Johanne viser motstand kan sykepleieren i følge rundskrivet IS-10/2008 (Helsedirektoratet, 2008) gi den nødvendige helsehjelp Johanne måtte trenge. Dette forutsetter at sykepleieren har utøvd tillitskapende tiltak før hun benytter seg av tvang. Ut ifra casen kan vi tydelig se at Johanne var utagerende og redd, i tillegg til at hun oppførte seg svært verbalt, og med dette viste en klar motstand. Ut fra våre øyne synes vi at sykepleieren viste en dårlig vurderingsevne i møte med Johanne, da hun verken benyttet seg av tillitsskapende tiltak eller faglige vurderinger av Johannes motstand før hun utøvde tvang. Selv om Johanne ikke har samtykkekompetanse relatert til personlig hygiene, er det verdt å bemerke seg at det er viktig at vi kan høre på hennes ønsker, tanker og meninger. Smebye & Haugan (2010) presiserer at det er viktig at vi som sykepleiere kan vise respekt for pasientens autonomi. I møte med Johanne blir det derfor vesentlig å utøve sykepleie som i størst mulig grad er i samsvar med hennes ønsker og behov.

## **4.2 Autonomi og Paternalisme**

Slik vi ser det bortfaller Johannes autonomi klart og tydelig da sykepleieren tvinger henne til å dusje. Brinchmann (2010) forteller at vi som sykepleiere må være mer oppmerksomme på forhold som tilsvarer autonomi, sårbarhet og integritet. Han forklarer også at målet bør være å unngå krenkelse av pasienten. Sett fra vår synsvinkel i forhold det som skjedde med Johanne, synes vi at sykepleieren i casen burde ha vært mer oppmerksom på Johannes sårbarhet, integritet og autonomi. Haugan og Smebye (2010) forteller oss at det er viktig å kunne tilrettelegge for at pasienten skal kunne få medvirke, og delta ut i fra deres egne forutsetninger. Andre tiltak de nevner som viktige å benytte seg av er å bli kjent med pasienten. Vi forstår det derfor slik at sykepleieren og assistenten hadde hatt gode forutsetninger for en positiv stellesituasjon uten bruk av tvang, dersom de hadde blitt kjent med Johanne og skaffet seg bakgrunnsinformasjon om henne, slik at kunne ha opprettholdt en individuell tilnærming til henne.



Martinsen(2005) forteller oss at vi alle har en plikt som sykepleiere til å ivareta de menneskene som ikke klarer å ivareta seg selv. Vi skal kunne inngå relasjoner med den enkelte pasient slik at vi forhindrer at hun skader seg. Hun understreker at dette kan kalles for svak paternalisme. Bruken av paternalisme handler om at en tar avgjørelser på pasientens vegne slik at en kan forhindre helseskade (Slettebø, 2009). Brinchmann (2010) forteller oss at bruken av paternalisme helst bør unngås. Dersom paternalisme skal brukes mener han at det sådan kun skal benyttes ved nød. Slik vi ser det tok ikke sykepleieren i bruk tillitsskapendetiltak da hun kommuniserte med Johanne. Hun tok heller ingen hensyn til hennes autonomi. Selv om Johanne gråt og var redd var sykepleieren hard i sitt språk, samt at hun var stresset. På grunnlag av det mener vi derfor at sykepleierens tilnærming kan ha vært en medvirkende faktor til at Johanne reagerte med motstand.

Som sykepleiestudenter vil vi understreke at vi ser nødvendigheten av at Johanne får vaske seg. Det står beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven (1999)§ 1-3 at helsehjelpen man utøver som sykepleiere skal ha en helsebevarende effekt. Til tross for dette mener vi allikevel at måten denne situasjonen ble håndtert på kunne ha blitt håndtert annerledes. Vi forstår det derfor slik at tvangen antageligvis kunne vært unngått. Dersom sykepleieren i casen hadde brukt de kunnskapene hun eventuelt hadde om tillitsskapende tiltak mer bevisst, samt kunnskaper om Johanne tror vi situasjonen kunne utartet seg til det bedre.

Sett ut i fra en annen synsvinkel kan vi også forstå de vanskeligheter som kunne ha oppstått dersom Johanne over lengre tid hadde fortsatte å motsette seg helsehjelpen. Da vi forstår at dette kunne medført helseskadelige konsekvenser. Vi tolker det derfor slik at paternalisme kunne ha vært hensiktsmessig å benytte i Johannes situasjon.

Martinsen(2005) forklarer at dersom vi skal handle ut ifra svak paternalisme vil det kreve en faglig vurdering av oss, slik at det er til det beste for pasienten. Rokstad (2006) forteller at det styrker avgjørelsen dersom det en foretar seg er i tråd med pasientens tidligere livsverdier og normer. Siden Johanne tidligere har vært opptatt av å se ren og velstelt ut, kan man muligens anslå at hun også nå ville følt seg bedre etter en dusj. Hadde stellet vært preget av omsorg, tillitt og respekt fra sykepleierens side tror vi Johanne ville hatt en større sjanse for å oppleve situasjonen på en mer positiv måte.

### **4.3 Kunnskapens viktige forutsetninger**

Johnsen & Smebye (2008) forteller oss at kunnskap og kompetanse er viktige forutsetninger for å kunne forebygge bruken av tvang i demensomsorgen. Vedrørende dette mener vi at sykepleieren også var et dårlig forbilde ovenfor den nye assistenten. Basert på egne erfaringer tror vi derfor at denne holdningen og opptreden sykepleieren viste ville kunne la seg smitte over på assistenten. Vi mener derfor at det kunne ha foreligget en stor fare ved at assistenten hadde etterfulgt sykepleierens holdninger ved lignende situasjoner i fremtiden.

Smebye & Haugan (2010) forklarer også at kulturen på arbeidssstedet har en avgjørende faktor for kvaliteten på pleien. De betegner faglig refleksjon og kompetanseutvikling som viktige tiltak å fremme på arbeidsplassene, spesielt der hvor det også er ufaglærte assistenter. Ut i fra egne erfaringer fra da vi selv var ufaglærte, slik som assistenten i casen, så vi begge opp til sykepleierne ved avdelingene. Det var deres kunnskaper, holdninger og ikke minst handlinger vi senere kopierte i tilsvarende situasjoner. Når vi nå reflekterer over tidligere praksiserfaringer, kan vi se at mange av de handlingene som ble utført i praksis ikke etterfulgte lovens krav. Da opp til flere av de pasientene vi møtte i sykehjem ble utsatt for tvang i større eller mindre grad. I ettertid forstår vi derfor hvor mye holdninger og kunnskaper har å si for å forhindre bruken av tvang.

### **4.4 Utøvelse av sykepleie ved bruk av tillitskapende tiltak**

Tillitsskapende tiltak kan karakteriseres som det å kunne ha en god faglig tilnærming til pasienten, samt den problematikk vedkommende måtte slite med (Johansen & Smebye, 2008). Den 1. januar 2009 treddet det i kraft en ny lovtekst i kapittel 4 A i Pasient og brukerrettighetsloven. Denne loven forteller oss at vi som sykepleiere skal kunne sikre nødvendig helsehjelp til de pasienter som vi vil kunne møte på. Loven underbygger også at vi skal kunne begrense og forhindre bruken av tvang. Ut i fra dette mener vi at sykepleieren i casen begår lovbrudd. For det første viser hun ikke respekt for Johanne, og for det andre handler hun ikke i tråd med hennes ønsker. Hadde sykepleieren opptrådt

annerledes tror vi begge at møtet med Johanne ville gått bedre. Kanskje også dette ville medført at Johanne ville ha dusjet frivillig. Som det står i Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 4A-3 skal tillitsskapende tiltak ha vært utprøvd før man benytter seg av tvang, noe vi kan se at sykepleieren ikke gjorde i møte med Johanne.

Johnsen & Smebye (2008) forklarer at vi som helsepersonell har en plikt til å bygge oss opp en allianse med pasientene våre. Dette mener vi er et viktig tiltak å fremme i møtet med Johanne. Basert på egne erfaringer i møte med pasienter med Alzheimer sykdom mener vi at det å kunne iverksette tiltak som å gi av seg selv som menneske, vise medmenneskelighet og ikke minst medfølelse for Johannes situasjon er viktige forutsetninger for å kunne danne seg et godt sykepleier- pasientforhold. På denne måten mener vi at tilliten kan styrkes, som også ved senere anledninger kan lette på vanskelige situasjoner.

Martinsen (2005) utdyper at tillit er viktig å ivareta som sykepleier. Hun forklarer at tilliten er fundamental, der den ikke skal kunne begrunnes. Videre utdyper hun at tilliten handler om å utlevere seg selv som menneske. Ved tilliten skal man altså kunne våge seg frem for så å kunne bli imøtekommet. Martinsen (2005) forteller også at tilliten blant oss mennesker er elementær i enhver samtale. Vi forstår det derfor slik at tilliten mellom sykepleieren, assistenten og Johanne blir vesentlig for at stellet skal ha et positivt utfall. Klarer sykepleieren og assistenten å få Johanne til å åpne seg vil dette antageligvis kunne bidra til at hun føler seg sett og hørt. Virker interessen uekte ovenfor pasienten, utdyper Martinsen (2005) at mistillit fort kan forekomme. Vi mener at sykepleierens og assistentens opptreden kunne ha vært en medvirkende faktor til at Johanne nektet å dusje. Fjørtoft (2006) understreker at det tar lang tid å bygge opp tillit. Bryter man ned tilliten til Johanne vil det kunne medføre at det blir vanskeligere å bygge den opp igjen ved en senere anledning.

Det at Johanne tvinges til å dusje ser vi på som uheldig. Ut i fra egne erfaringer og meninger tror vi at dette også vil kunne påvirke tilliten hun har ovenfor de andre ansatte på avdelingen. Fjørtoft (2006) utdyper at det viktig at vi som sykepleiere i møte med våre pasienter skal kunne vise til at tilliten er verdig. Vi synes sykepleieren og assistenten i casen viste til en tilnærming uten empati og forståelse. Slik de opptrådte anser vi som svært uheldig. Hadde de vist til empati og forståelse tror vi at møtet med Johanne under

stellesituasjonen kunne ha utartet seg i en mye mer positiv retning, da dette igjen kanskje kunne medført at Johanne hadde følt seg sett, hørt, respektert og trygg.

## **4.5 Kommunikasjon og dens viktige budskap**

Sejerrøe- Szatkowski (2004) understreker viktigheten ved at den andre part forstår det budskapet vi ønsker å fremme. Relatert til casen var sykepleieren stresset. Da sykepleieren fikk se at Johanne hadde avføring på seg sa hun til Johanne at hun måtte dusje. Johanne derimot sa «la meg være» og «jeg vil ikke dusje». Til tross for dette undervurderte sykepleieren Johannes ønske. Det å være seg bevisst på sitt eget kroppsspråk er i følge Sejerrøe- Szatkowski (2004) en viktig faktor å fremme i møte med pasienten. Pasienter med Alzheimer sykdom vil ofte kunne ha vanskeligheter med å forstå den verbale kommunikasjonen. Sejerrøe & Szatkowski (2004) påpeker derfor at det non- verbale kroppsspråket blir desto viktigere. I henhold til sykepleierens og assistentens opptreden ser vi med dette at de trolig skulle vært mye mer bevisst på sitt eget kroppsspråk, med tanke på at sykepleieren var stresset og assistenten ny og usikker. Slik Sejerrøe- Szatkowski (2004) forklarer det vil det være lettere for Johanne å plukke opp disse stressende og usikre taktene enn det verbale budskapet hjelperne ville få frem. Dette kan ha vært en utløsende faktor som førte til at Johanne ble redd og usikker. underbygger også Jootun & MCGhee (2010) i sin artikkel der de utdyper at dårlig kommunikasjon kan gå utover omsorgen til pasienten. De konstaterer at dette kan føre til en unødvendig angst og frustrasjon hos pasienten, noe vi ser kan relateres til Johannes atferd i denne situasjonen.

Wogn-Henriksen (2008) forklarer at språk er makt. Hun sier derfor at vi som sykepleiere må være bevisst på hvordan vi bruker språket vårt i møte med pasienten. Hun utdyper videre at øyekontakt, tydelig tale, konkret ordvalg, dialekt, egnet tempo, timing og å gi pasienten god tid til å uttrykke seg er grunnleggende fenomener som er viktig å ivareta. Videre forklarer Eide & Eide (2007) at egenskaper som tålmodighet og varme er viktige faktorer å benytte seg av for å få til en vellykket relasjon og forståelse. Slik vi ser det ivaretok ikke sykepleieren disse tiltakene ovenfor Johanne. Vi tviler på at Johanne i noen grad kunne hatt en følelse av å bli møtt med varme i dette tilfellet, da sykepleieren var

rett på sak og stresset, samtidig som hun viste til lite forståelse og empati for Johannes ønsker og behov. Egan, Berube, Racine, Leonard & Rochan (2010) underbygger også i sin artikkel at pleierens kommunikasjonsferdigheter og utdanning er viktig å benytte seg av i møte med pasienten. Dette i den hensikt for å kunne forbedre relasjonene mellom omsorgspersoner og omsorgsmottakere. Da de mener at dette vil kunne gi en positiv innvirkning i møte med pasienten.

Rokstad (2008) utdyper at de psykiske behovene er like viktig å ivareta som de fysiske. Det å kunne trøste en person er som å sørge for at en gir fra seg varme og styrke. Når en utfører disse tiltakene i praksis kan det hjelpe pasienten til å holde fast på helheten når hun føler seg truet (Ibid.). Vi ser derfor viktigheten ved at Johanne ikke blir usynliggjort, men anerkjennes som komponent rundt sin egen situasjon. Hun skal bli sett og hørt av oss. En relasjon basert på samarbeid blir viktig å fremme i sykepleier- pasientforholdet (Ibid.). Dette er noe som vi er svært enig i, fordi selv om Johanne er preget av Alzheimer sykdom er hun for oss et fullverdig og helt menneske med sine egne individuelle behov.

## **4.6 Reminisens og musikkens verdi**

Reminisens er en kommunikasjonsmetode som har til hensikt å hjelpe mennesker med å huske og minnes. Reminisensen vil på denne måten kunne lage gjenklang i pasientens liv. Denne gjenklangen kan innebære alt i fra lukt, lyd, smak, til noe en ser eller hører (Sejerøe- Szatkowski, 2004). Sejerøe- Szatkowski (2004) forteller også at denne metoden vil være hensiktsmessig å benytte hos pasienter som lider av demens. Hun forklarer videre at pasienter med Alzheimer sykdom ofte vil kunne huske fortiden bedre enn nåtiden. I følge de dataopplysningene som blir utgitt i caset har Johanne vært svært glad i sang og musikk. Slik vi ser det kunne bruken av reminisens ha vært et godt verktøy å benytte under stellsituasjonen med Johanne. Sejerøe- Szatkowski(2004) forklarer at bruk av reminisens som redskap kan være med på å bidra til at pasientene kan få en følelse av trygghet og sikkerhet.

Eide & Eide (2007) utdyper også at musikken kan være et godt eksempel på reminisens. Det kan jo tenkes at stellet hadde utartet seg annerledes ved bruk av musikk. Selv har vi også erfaringer som støtter denne teorien. Hadde sykepleieren og assistenten sunget

sanger som Johanne kjente til, eller hatt på bakgrunnsmusikk som hun var kjent med, tror vi dette kunne snudd hennes utfordrende atferd tilknyttet stellesituasjonen. Som Eide & Eide (2007) forklarer betyr musikk mye for mange. Musikk kan være en trigger for stemninger og minner. Videre utdyper Eide & Eide (2007) at musikk kan bidra til å skape klare øyeblikk. Musikken kan også bidra til å fremme en kommunikativ tilstedeværelse som kanskje har vært forsvunnet for godt hos Johanne. I artikkelen til Hammar, Emami, Engstöm & Götell (2010) underbygger de at musikk kan være et nyttig kommunikativt redskap å benytte hos pasienter med demens. Dersom omsorgsgivere synger sammen med pasientene kan dette være en medvirkende faktor som hemmer og reduserer motstand og utagerende atferd, samt at den kan bidra til å vekke positive følelser hos vedkommende. Vi ser derfor på reminisens som et sterkt tillitskapende tiltak som sykepleieren og assistenten kunne ha anvendt i møte med Johanne.

#### **4.7 Omsorgens kjerne**

Martinsen (2005) forklarer omsorgen som et grunnleggende fenomen. Omsorgen har å gjøre med moral og relasjon, der den skal kunne ytre seg i de praktiske handlinger som vi utfører som sykepleiere. Videre forklarer hun at det er viktig at vi som sykepleiere kan kunne engasjere oss ut ifra pasientens situasjon. Omsorgen skal altså komme til syne ut ifra hvordan vi som sykepleiere imøtekommer våre pasienter (Ibid.).

Relatert til casen syns vi begge at sykepleieren viste lite omsorg og moral ovenfor Johanne. I tillegg til dette syns vi at sykepleieren møtte Johannes behov på en lite tilfredsstillende måte. Barnes & Brannelly (2008) forklarer i sin artikkel at en god omsorg må innebære en kontinuerlig forhandling. De forteller videre at denne forhandlingen hele tiden må være til stede mellom sykepleieren og pasienten. Vi mener derfor at når Johanne sa «Nei, jeg vil ikke dusje» kunne sykepleieren ha forhindret bruken av tvang ved å bevisst forhandle seg frem ved bruk av svak paternalisme. Sykepleiere i casen kunne f. eks møtt Johanne på halvveien. I stedet for å tvinge Johanne inn på badet med en gang syns vi at sykepleieren kunne ha avventet stellet. Haugan & Smebye (2010) forteller at det å gi pasienten tid til å forsone seg med det som skal skje kan være en medvirkende faktor som bidrar til at pasienten kan føle seg mer forberedt og innstilt på å motta

helsehjelpen som tilbys. Sykepleieren kunne påbegynt stellet med å forberede pasienten. De kunne eksempelvis startet med å finne fram rene klær og håndklær. Andre tiltak vi syns sykepleieren kunne iverksatt var å inkludere Johanne mer, slik at hun selv kunne fått lov til å være delaktig i planleggingsprosessen. Vi har selv fått erfare at dette kan virke positivt i møte med pasienter med Alzheimer sykdom. Fra vårt ståsted vil derfor en slik type utøvelse av omsorg medvirke og danne grobunn for tillit. På grunnlag av dette anser vi derfor omsorgen som et viktig elementært tillitsskapende tiltak å benytte i møte med Johanne.

## 5. KONKLUSJON

Gjennom teori og drøfting har vi prøvd å finne svar på om vi som sykepleiere kan forhindre bruken av tvang ved bruk av tillitskapendetiltak. Oppgaven har gitt oss en forståelse av at det finnes flere medvirkende faktorer som er nødvendige for å kunne forhindre bruken av tvang.

Slik vi forstår det er kunnskap makt. Dess mer kunnskap og erfaring en har som sykepleier, desto større er sjansen for at en vil kunne takle vanskelige situasjoner. Kompetanse i form av økt kunnskap og erfaring kan bidra til at en lettere kan finne alternative løsninger fremfor å bruke tvang. Erfaring, faglig refleksjon, forståelse om tillitsskapende tiltak, samt kjennskap til lover og regler er derfor viktig å ha med seg i sykepleierollen. Siden loven forteller oss at tillitskapendetiltak skal ha vært utprøvd før en benytter seg av tvang, blir det vesentlig for sykepleiere å ha kjennskap til Pasient og brukerrettighetsloven § 4A-3, dersom målet med sykepleien er å forhindre bruken av tvang. Tillit er noe som bør opparbeides mellom sykepleieren og Johanne for å forhindre bruken av tvang. Forekommer mistillit, slik som i casen, kan det ta lang tid å bygge opp igjen tilliten til Johanne. I tillegg blir det vanskelig for Johanne å stole på de som skal hjelpe henne ved en senere anledning. Derfor kan tillitsskapende tiltak også forhindre bruken av tvang på sikt. Hvilke tillitsskapende tiltak som har effekt vil variere og avhenge fra pasient til pasient. Det blir derfor sykepleiers oppgave å tilrettelegge og tilpasse pleien basert på den enkelte pasients behov med en individuell tilnærming. For å knytte dette til Johanne vil det derfor være svært heldig om sykepleieren har samlet seg dataopplysninger om henne før hun entrer rommet, slik at sykepleieren i størst mulig grad tilrettelegge situasjonen og tilpasse kommunikasjonen slik at Johannes fysiske og psykiske behov ivaretas på en tilfredsstillende måte.

Siden Johanne har vært svært glad i sang og musikk anser vi reminisens som et godt eksempel på tillitsskapende tiltak fordi metoden tar sikte på å skape trygghet og tilhørighet relatert til minner fra fortiden. Andre tiltak vi ser som viktige er bevissthet rundt kroppsspråk da vi har lært at det ofte er slik at mennesker med Alzheimer sykdom lettere vil kunne fange opp det non- verbale kroppsspråket fremfor det verbale. Stress og ubevisst kroppsspråk kan derfor være ødeleggende i møte med Johanne. Sykepleier bør



derfor strebe etter å kunne vise seg fra en side der hun utøver respekt, trygghet, varme, empati og forståelse slik at tillit kan oppnås.

Avslutningsvis vil vi si at det vi ser det på som viktig at vi som sykepleiere er bevisst på hvordan vi fremtrer i møte med Johanne. Til tross for at Johanne har Alzheimer sykdom er hun fortsatt et menneske med like mange tanker og følelser som hvem som helst annen. For oss er det viktig å se mennesket bak sykdommen.

På bakgrunn av alt dette ser vi at det er mulig å forhindre bruken av tvang ved hjelp av tillitsskapende tiltak, men dette krever kunnskaper og tålmodighet. I tillegg spiller personlighet og holdninger en stor rolle som sykepleier en viktig rolle for hvordan en situasjon utarter seg. Å være vennlig, klar over eget kroppsspråk, vise at en har respekt og medfølelse i en annens vanskelige situasjoner ser vi er vesentlig for å forhindre bruken av tvang gjennom tillitsskapende tiltak.

## LITTERATUR

\*Barnes, M. & Brannelly, T. (2008). *Achieving care and social justice for people with dementia*. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b6054ab5-7e32-45c2-be19-e7c66031a8f8%40sessionmgr113&vid=17&hid=104>

Brinchmann, B.S. (2010) *Etikk i sykepleien* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007). 4. utgave. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Egan, M., Berube, D., Racine, G., Leonard, C. & Rochon, E. (2010). *Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review*. Lokalisert på:

<http://www.hindawi.com/journals/ijad/2010/906818/>

Eide, H. & Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget

\*Hammar, L. M., Emami, A., Engstrom, G. & Gotell, E. (2010). *Reactions of persons with dementia to caregivers singing in morning care situations*. Lokalisert på:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023064/?tool=pubmed>

\*Helsedirektoratet (2008). Rundskriv IS-10/2008. *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A- Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.*

\*Johnsen, L & Smeby, K.L.(2008). *Bruk av tvang i demensomsorgen I: Personer med demens: Møte og samhandling.* (Oslo) Akribe AS

\*Jootun, D. & McGhee, G.(2011). *Effective communication with people who have dementia.* Lokalisert på:  
[http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae91df76-cf4c-4a21-a861-db9c70e9b2f0 % 40sessionmgr110 & vid=5 & hid=125](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae91df76-cf4c-4a21-a861-db9c70e9b2f0%40sessionmgr110&vid=5&hid=125)

\* Kirkevold, Ø. (2005) *Bruk av tvang i sykehjem* i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1192223>

\*Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2004). *A study into the use of restraint in nursing homes in Norway.* Lokalisert på:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b6054ab5-7e32-45c2-be19-e7c66031a8f8%40sessionmgr113&vid=19&hid=104>

Kristoffersen, N.J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J.; Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 4.* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademiske

\*Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen.* Oslo: Akribe as

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999). Lov- 1999-07-02- 63. Lokalisert på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

\*Rokstad, A.M.M. (2008). *Hva er demens? I: Personer med demens*. Rokstad, A. M. M. & Smebye, K.L(Red.), (s.27-45.). Oslo: Akribe,

\*Rokstad, A. M. M.(2008). *Forståelse om grunnlag for samhandling. I: Personer med demens*. Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L(Red.), (s.60-86). Oslo: Akribe,

\*Rokstad, A. M. M.(2006). *Jeg vil ikke bli behandlet som en unge*. Forlaget Aldring og helse.

\*Sejerø- Szatkowski, K.(2004). *Demens- kommunikasjon og samarbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Skjelbred, M. (1998). *Det er alene du er og andre dikt i utvalg*. Tiden Norsk Forlag A/S.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Smebye, K.L. & Haugan, K. (2010). *Innføring av pasientrettighetsloven kapittel 4A om bruk av tvang – erfaringer fra Østfold i Geriatrik sykepleie*. NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Snoek, J.E. & Engedal, K.(2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. (3.utg.), Oslo: Akribe.

\*Tested ,I., Aasland, A. M, & Aarsland, D. (2005). *The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single- blind randomised controlled trial*. Lokalisert på:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b6054ab5-7e32-45c2-be19-e7c66031a8f8%40sessionmgr113&vid=6&hid=104>

\* Wogn- Henriksen, Kjersti (2008). *Kommunikasjon I: Personer med demens*, Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L.(Red.), (s. 87-113). Oslo: Akribe.

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1 – Individuelt notat, kandidatnummer 91

Vedlegg 2 – Individuelt notat, kandidatnummer 49

(kun vedlagt i papirversjon).